FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947

THÈSE 498

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

LOGEAY, René, Joseph, Roger

Moniteur d'Obstétrique de la Faculté de Paris

Né le 24 novembre 1918, à MAUZÉ (Deux-Sèvres)

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 1947

" Quelques réflexions sur le traitement actuel de L'ÉCLAMPSIE "

Président : M. LANTUEJOUL, Professeur

TYPOGRAPHIE FIRMIN-DIDOT ET Cie
56, rue Jacob, PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

LOGEAY, René, Joseph, Roger

Moniteur d'Obstétrique de la Faculté de Paris

Né le 24 novembre 1918, à MAUZÉ (Deux-Sèvres)

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 1947

" Quelques réflexions sur le traitement actuel de L'ÉCLAMPSIE "

Président : M. LANTUEJOUL, Professeur

TYPOGRAPHIE FIRMIN-DIDOT ET Cie

56, rue Jacob, PARIS

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormand, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT MONDOR. QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BÉNARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLÉRY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUÉJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires *(chaire à titre personnel)*	RICHET.
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (Guy).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

DOGNON *(Physique médicale)*, GAILLARD *Parasitologie)*, HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. *(Chimie médicale)*, Mlle J. LÉVY *(Pharmacologie)* OLIVIER *(Anatomie)*,

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER.
	DELMAS.
	N...
	ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE.
	Mlle GAUTHIER-VILLARS
Bactériologie	BONNET.
	FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI.
	SCHAPIRA.
Dermato-syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD.
	DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER.
	DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET.
	MAYER.
	SUREAU.
	VANRANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale	FEVRE.
	HUGIER.
	LEGER.
	MERLE d'AUBIGNÉ.
	PADOVANI.
	PATEL.
	ROUX.
	RUDLER.
	SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET.
	CACHERA.
	DECOURT.
	DREYFUS (Gilbert).
	FAUVERT.
	CARCIN.
	HAMBURGER.
	KOURILSKY.
	LAMY.
	LENÈGRE.
	MARCHAL.
	MAURIC.
	SOULIÉ.
Pédiatrie	LAPLANE.
	MARIE (Julien).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON.
	PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiatrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'en.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES et AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BASSET *(Pathologie chirurgicale)*, BRINDEAU *(Obstétrique)*, HUGUENIN *(Anatomie pathologique)*, LE LORIER *(Obstétrique)*, VAUDESCAL *(Obstétrique)*

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale.	AMELINE. BASSET. DE GAUDART. D'ALLAINES. FRUNCK-BRENTANO. GATELLIER. MÉNEGAUX.
Clinique médicale.....	BARIÉTY. BOULIN. CHEVALLIER. COSTE.

	MM.
Clinique médicale....	DE GÉNNES. HAGUENEAU. MOLLARET. MOUQUIN. TURPIN.
Clinique obstétricale..	ECALLE. LACOMME.
Clinique ophtalmologique.....	RENARD.
Clinique. oto-rhino-laryngologique...	HALPHEN.

X. — CHARGÉS DE COURS

Radiologie..... M. LEDOUX-LEBARD

	MM.
Secrétaire de la Faculté.....	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint.....	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en chef..... Docteur A. HAHN.
Bibliothécaires..... Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon frère,

A la mémoire du père de ma femme,

morts pour la France.

A ma femme.

A mes enfants.

A mes parents.

A mes amis.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur LANTUEJOUL,

Professeur de clinique obstétricale,

qui m'a fait le grand honneur d'accepter la Présidence de cette thèse; qu'il veuille bien trouver ici un témoignage de ma reconnaissance et de mon admiration respectueuse.

A mon Maître,

Monsieur le Docteur MERGER,

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris,
qui m'a inspiré le sujet de cette thèse, en témoignage bien faible de ma profonde gratitude.

Au Docteur GEORGES,

Assistant du Service de Gynécologie
et Obstétrique de l'Hôpital de Créteil,
qui m'a aidé à construire ce travail et qui est
pour moi un ami dont j'apprécie les conseils.

Bien affectueusement.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Monsieur le Professeur Noël FIESSINGER, *in memoriam*,
Monsieur le Professeur MONDOR,
Monsieur le Docteur BASSET, Chirurgien des Hôpitaux,
Monsieur le Docteur R. BENARD, Médecin des Hôpitaux,
Monsieur le Professeur LELONG,
Monsieur le Professeur CHABROL,
Monsieur le Docteur PETIT, Chirurgien des Hôpitaux,
Monsieur le Professeur VELTER,
Monsieur le Professeur LEMAITRE,
Monsieur le Docteur ESCALIER, Médecin des Hôpitaux,

INTRODUCTION

Le but de notre étude sur le traitement de l'éclampsie est d'exposer des faits cliniques et thérapeutiques et d'essayer de les juger en fonction des théories pathogéniques les plus plausibles. Nous n'avons pas la prétention d'apporter des faits nouveaux, ni de rejeter tel ou tel concept; mais si le projet n'est pas trop hardi, nous voudrions faire une mise au point et juger de l'étendue du terrain qu'il reste à défricher pour réduire encore la morbidité et la mortalité tant maternelles que fœtales.

Nous envisagerons donc les traitements de l'éclampsie et de l'éclampsisme, tels qu'on les pratique à l'heure actuelle. Pour ne créer aucune confusion, précisons d'abord ce que l'on entend par ces mots.

L'éclampsie est un syndrome clinique caractérisé par des crises convulsives survenant chez la femme enceinte qui, à l'occasion de sa grossesse, a présenté, associés ou non, les trois signes suivants : albuminurie, œdèmes, hypertension artérielle; l'un des éléments de cette triade symptomatique constituant une des manifestations de l'éclampsisme. Nous faisons remarquer que nous avons volontairement fait abstraction des termes « intoxication gravidique, toxémie gravidique, néphropathie gravidique » qui englobent des concepts pathogéniques.

Ces définitions excluent : les crises épileptiques et les convulsions urémiques survenant au cours de la grossesse.

Nous tenons à souligner qu'une part importante de notre documentation a été prise à la clinique TARNIER et nous redisons à Monsieur le Professeur LANTUEJOUL toute notre repectueuse gratitude pour la bienveillance qu'il a montrée à notre égard. Nous avons également trouvé d'intéressantes observations à la Maternité de l'Hôpital de Créteil, où Monsieur le Docteur MERCIER nous a fait l'honneur de nous compter parmi ses élèves; nous l'en remercions à nouveau.

*
* *

Voici les chapitres que nous nous proposons d'exposer successivement :

Historique du traitement de l'éclampsie.
Traitement curatif de l'éclampsie : 1° les moyens médicaux. — 2° les interventions.
Traitement de l'éclampsisme.
Conclusions thérapeutiques en fonction de la Pathogénie.
Conclusions.

HISTORIQUE

De tout temps on a considéré dans l'éclampsie deux états différents : la phase de signes prémonitoires et la phase d'éclampsie confirmée; et suivant l'intensité et la forme de la symptomatologie qui mènent graduellement de l'une à l'autre, les modalités thérapeutiques furent modifiées.

Tarnier fut un des premiers à s'être attaché à l'étude de l'éclampsie, et c'est dans ses ouvrages que nous trouvons des directives intéressantes à ce sujet. Avant lui, les médecins utilisaient surtout l'iodure de potassium, par analogie avec le traitement de la fièvre vitulaire; le tanin, les antiphlogistiques et les révulsifs avec des fortunes diverses. On saignait et on purgeait également volontiers les femmes présentant de l'albuminurie dans le but de soustraire une quantité plus ou moins importante de toxines contenues dans le sang maternel.

Jacoud en 1873, ayant chaudement défendu les bienfaits du régime lacté en général, Tarnier en 1875, eut l'idée de l'introduire dans la pathologie de la femme enceinte.

Il remarque alors que chez les albuminuriques se nourrissant de lait, à l'exclusion de tout autre aliment, les résultats sont loin d'être inappréciables. « Nous n'avons pas encore vu de femmes enceintes soumises à ce régime depuis une semaine devenir éclamptiques. » Mais le succès n'est que partiel. « Nous devons cependant dire qu'il est plus efficace pour la mère que pour le fœtus, car il est loin d'empêcher toujours celui-ci de succomber par le fait de l'albuminurie maternelle [1]. »

La conduite de ce régime est simple : 2 à 4 litres de lait par jour, soit pur, soit aromatisé avec un peu de café ou de kirsch. En cas d'intolérance gastrique, le lait est coupé d'eau de Vichy. Ce régime une fois institué, ne doit être suspendu qu'avec la plus grande prudence. D'après Tarnier, le lait réduirait dans une proportion notable la production des toxines dans l'intestin. Allant de pair avec ce

1. Tarnier et Budin : *Traité des accouchements. Pathologie de la grossesse. De l'albuminurie de la grossesse.*

régime et toujours dans le même but de désintoxication des voies digestives, Tarnier donnait à ses malades du salicylate de bismuth, ou du charbon, ou du β-naphtol.

Mais certains accoucheurs, tout en reconnaissant les bienfaits de ce régime, observent cependant des crises d'éclampsie. Lepage a vu des convulsions survenir chez une femme qui était depuis trois semaines au régime lacté strict.

S'il y a menace de crises, Tarnier ajoute des purgatifs tels que le sulfate de soude ou l'eau-de-vie allemande pour exonérer le tube digestif, du chloral à des doses variées suivant la symptomatologie : mais il semble faire montre d'une certaine méfiance vis-à-vis de la morphine.

Lorsque l'affection en est au stade des convulsions, Tarnier envisage un traitement médical et un traitement obstétrical. Avec Budin, il remet en honneur la saignée que Mauriceau, Dubois et Depaul employaient de façon courante; la quantité de sang à retirer est d'environ 400 à 500 grammes. A son avis, la saignée permet d'éliminer une quantité de toxines qui serait loin d'être négligeable. En outre, plus tard, on lui attribue comme rôle secondaire de faire baisser la tension artérielle. Il fait appel aux purgatifs drastiques : huile de ricin dans laquelle il ajoute une goutte d'huile de croton et fait inhaler aux femmes du chloroforme, que certains accoucheurs donnèrent à dose massive : 400 à 500 grammes; Pinard a pu en donner jusqu'à 750 grammes en une nuit à la même malade. A la même époque, d'autres médicaments étaient en honneur : injection de chlorhydrate de pilocarpine, révulsifs cutanés; les résultats qu'ils fournirent ne furent guère probants. Porak eut l'idée d'utiliser le sérum salé à 7 % pour activer la diurèse; mais après un essai désastreux, Tarnier rejette délibérément cette thérapeutique.

Le traitement obstétrical consiste à évacuer le plus rapidement possible l'utérus. « L'expérience montre que les accès diminuent et disparaissent dans bien des cas quand la femme est délivrée [1]. » A cette époque, où l'asepsie et l'antisepsie commencent à naître, et où la technique n'est pas au point, Tarnier repousse la césarienne abdominale, car le pourcentage de survies maternelles est très faible; aussi, il a recours à la voie basse : dilatation forcée du col suivie d'application de forceps ou de version si la femme est en travail, sinon, césarienne vaginale suivant le procédé décrit par Dührsen. « Si graves que soient certaines de ces interventions, elles ont semblé justifiées par le médiocre succès que donnent les médications que nous avons décrites plus haut [1]. »

1. Tarnier et Budin : *Traité des accouchements*, t. III. *La Dystocie*, chap. X, de l'*Eclampsie*.

Un certain nombre d'auteurs imaginèrent d'autres modalités thérapeutiques pour lutter contre l'éclampsie. Nous ne ferons qu'énumérer les principales.

La ponction lombaire imaginée par Helme a été utilisée comme moyen de combattre l'hypertension intra-cranienne. Certains accoucheurs allemands sont même allés jusqu'à pratiquer des trépanations et ponctions ventrilaires décompressives. Si les premières sont de réalisation facile, les autres n'ont pas été conservées d'autant que ces méthodes n'ont pas donné de résultats bien nets.

Nicholson a prescrit les extraits thyroïdiens Vasale, l'opothérapie parathyroïdienne, mais là encore, il n'y eut guère d'amélioration de l'état des femmes soumises à ces traitements.

Sellheim et Herrenschneider ont proposé l'amputation des seins en se basant sur l'analogie de l'éclampsie avec la fièvre vitulaire. Cette intervention radicale et plutôt barbare n'est nullement justifiée.

Plus digne d'intérêt, la décapsulation des reins conseillée par Harrison pour lutter contre l'anurie de certaines néphrites a été mise en honneur par Edebohls au cours des anuries de l'état éclamptique. Elle est encore pratiquée à l'heure actuelle, mais rarement, car il faut que la femme soit accouchée et qu'elle n'urine plus depuis au moins vingt-quatre heures.

TRAITEMENT CURATIF DE L'ÉCLAMPSIE

Nous envisagerons dans ce chapitre le traitement de l'éclampsie confirmée et de l'état prééclamptique, car il est identique. Il n'y a donc pas lieu de les séparer et nous réunirons sous le nom d'éclampsie les crises convulsives et les signes cliniques qui font craindre l'imminence de leur apparition.

Nous le subdiviserons, par contre, en deux parties : l'une, où nous exposerons le traitement médical, l'autre, le traitement obstétrical.

1. — Les Moyens médicaux.

Les crises convulsives traduisant une irritation corticale, la première idée qui vient à l'esprit est de déprimer le système nerveux, aussi fait-on appel aux sédatifs.

Le chloroforme était autrefois employé en inhalation et nous avons vu dans le chapitre précédent quelles étaient les doses couramment utilisées. Mais, étant toxique pour le foie, le chloroforme a été supplanté par le chloral; la dose habituelle est de 4 à 12 grammes par vingt-quatre heures, soit sous la forme de sirop du codex, soit en lavement avec un jaune d'œuf ou du lait pour éviter l'irritation intestinale.

La morphine possède une action remarquable pour calmer les convulsions. Il est cependant des accoucheurs qui ne l'utilisent qu'avec réserve, car elle est toxique pour les cellules hépatiques et rénales. Toutefois, on en injecte facilement 1 à 2 centigrammes à la fois et ces injections sont répétées aussi souvent que l'état de la malade l'exige.

Il semble qu'il y a une dizaine d'années, on ait fondé beaucoup d'espoir sur les barbituriques, mais ceux-ci n'ayant pas donné de résultats satisfaisants sont abandonnés par la plupart des accoucheurs.

Brooklyn, en 1936, a préconisé, à l'état isolé, les injections de sulfate de magnésie à 10 %, car ce corps déshydratant est doué de propriétés anti-spasmodiques. Margot, dans la thèse qu'il a soutenue à Lyon, présente cinq observations de femmes traitées uniquement par ce médicament et les résultats sont plutôt satisfaisants, car il n'y eut aucune mort maternelle.

L'association morphine-sulfate de magnésie fut présentée au Congrès International de Gynécologie et Obstétrique de 1938, par STROGANOFF, qui auparavant associait déjà le chloral et la morphine. Aussitôt après la première crise convulsive, injection sous-cutanée de morphine (1 cg. 1/2 à 2 centigrammes); une demi-heure après, injection sous-cutanée de 40 cm³ de solution de sulfate de magnésie à 15 %; deux heures après le début du traitement, nouvelle injection de morphine à la même dose; trois heures et demie après, nouvelle injection de 25 à 40 cm³ de sulfate de magnésie; six heures après, nouvelle injection de sulfate de magnésie à la même dose que précédemment; huit heures après, répétition de l'injection de sulfate de magnésie. Toutefois, si l'état de la malade s'améliore, on peut se contenter de 10 à 15 cm³. Si la malade a déjà présenté cinq crises lorsqu'on la voit, on pratique une saignée de 400 à 500 cm³; si, malgré le traitement, la malade présente trois crises convulsives, on pratique une saignée de 400 à 600 cm³.

La thérapeutique actuelle de l'éclampsie s'inspire des deux méthodes successives de STROGANOFF, mais nous nous permettons de les critiquer, non dans leur principe, mais dans la rigueur de leur forme, étant donné qu'elles sont entachées d'un esprit de système, lequel ne tient pas assez compte de l'état clinique de la malade.

L'emploi du sérum glucosé hypertonique à 33 % en injection intra-veineuse est basé sur un concept pathogénique; le sérum glucosé hypertonique abaisse la tension superficielle du plasma sanguin et, comme tel, il diminue l'œdème cérébral. PETIT-DUTAILLIS et BARUK en ont noté la rapidité des effets en prenant la tension intra-rachidienne avant et après l'injection. D'autre part, son action sur la diurèse n'est pas inappréciable.

Que faut-il penser de la saignée? Nous ne croyons pas trahir la pensée de bon nombre d'accoucheurs en disant qu'elle ne doit entrer en ligne de compte que lorsque la femme n'est pas en travail et que l'on n'a pas l'intention de pratiquer immédiatement une intervention. En effet, elle permet de faire baisser passagèrement la tension artérielle de quelques centimètres, mais une hémorragie de la délivrance étant toujours possible, il ne paraît pas utile d'ajouter de façon anticipée une spoliation sanguine volontaire. Pour être efficace, la saignée doit être au moins de 250 cm³ et la meilleure technique est de suivre l'abaissement de la tension artérielle avec le manomètre, tandis que l'on effectue la saignée.

L'infiltration des splanchniques est également pratiquée, elle abaisse la tension artérielle de façon notable, mais brève; en second lieu, elle active la diurèse.

Nous croyons qu'il est bon d'associer ces moyens et nous ne

pouvons mieux faire pour illustrer la valeur de ces thérapeutiques que de renvoyer aux observations nos 1, 2, 3, 4 et 5.

2. — Les Interventions.

Elles sont basées sur un fait d'évidence : l'éclampsie ne s'observe que chez la femme enceinte. En interrompant la grossesse, on a donc des chances d'arrêter la maladie dans son évolution. Nous fournissons comme preuves à l'appui, deux faits cliniques : l'un noté déjà par Tarnier : après l'accouchement, les crises d'éclampsie ne se voient presque plus; l'autre est également d'observation courante : la mort du fœtus *in utero* améliore de façon rapide l'état de santé de la mère.

Suivant que la femme est ou n'est pas en travail, et suivant l'âge de la grossesse, nous pouvons envisager des solutions différentes.

Il est bien entendu que l'on fera une application de forceps ou une version si la femme est en travail, la dilatation du col étant complète ou complétable facilement, soit par dilatation manuelle, soit au moyen d'incisions (observations nos 2 et 6).

Si, au contraire, la femme est au début de son travail, ou s'il n'y a pas de travail, mais l'enfant vivant et ayant au moins huit mois de vie intra-utérine, la césarienne segmentaire est alors indiquée (observations nos 4, 5 et 7). On cherchera à temporiser le plus possible en faisant appel au traitement médical si la grossesse a moins de huit mois, ou si l'enfant est mort. Cependant, l'intensité ou la répétition des crises peuvent obliger à intervenir et c'est à la césarienne vaginale que l'on donnera la préférence.

Il y a quelques années — et peut-être encore maintenant — ces deux modalités : traitement temporisateur et traitement évacuateur étaient opposés. Stroganoff, et bon nombre d'auteurs à sa suite, ne voulaient point entendre parler d'évacuation rapide de l'utérus. Metzger disait de son côté : « La femme n'étant pas en travail et à terme, le seul traitement rationnel est l'opération abdominale. Faite à temps, elle donne des résultats brillants et rapides qu'aucune méthode ne peut égaler... Plus vous attendez, plus les chances de succès diminuent. »

En fait, nous ne voyons pas en quoi ces deux traitements : médical et chirurgical, peuvent s'opposer. Il nous semble logique de les associer, car si l'évacuation de l'utérus supprime la cause de l'éclampsie, elle n'arrête pas toujours immédiatement l'évolution de la maladie : il existe des éclampsies du post-partum (observations nos 3 et 6). L'excitation du cortex persiste et il y a lieu d'ajouter à la sédation produite par la narcose opératoire, la morphine et le

chloral; d'autre part, les œdèmes ne fondent pas immédiatement après l'accouchement, et le sérum glucosé, le sulfate de magnésie sont encore indiqués. Dans les observations n°s 2, 4, 5 et 7, il est fait mention d'un traitement médical complémentaire du traitement obstétrical. Nous avons la conviction que ceux qui ont institué ces thérapeutiques n'ont pas eu à s'en repentir.

TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSISME
OU
TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE L'ÉCLAMPSIE

Le traitement préventif de l'éclampsie peut commencer avant même la moindre manifestation d'éclampsisme.

Nous avons remarqué le rôle du froid, de l'intoxication alimentaire et de la fatigue dans le déclanchement de la maladie, aussi est-il logique de conseiller aux femmes enceintes un régime hypotoxique, sans viandes faisandées, sans conserves, en ne leur permettant d'absorber que des produits frais. Le port de vêtements de laine ne semble pas inutile, surtout au printemps et à l'automne où la température extérieure se modifie de façon très sensible dans le courant même de la journée. Sans confiner les femmes enceintes au lit, nous ne croyons pas inutile de leur faire abandonner une partie de leurs activités, du reste les assurances sociales prescrivent un repos de six semaines avant l'accouchement pour celles qui travaillent hors du foyer.

A plus forte raison, en face d'une albuminurie, d'œdème et d'hypertension, ces recommandations prennent le ton d'une prescription et font partie de la thérapeutique que l'on institue.

Les malades sont alors mises au lit avec interdiction de se lever. Dans les hôpitaux de l'Assistance Publique, à Paris, elles portent une chemise de flanelle de laine, et suivent un régime lacto-végétarien absolu (observation n° 8). Tant que l'albuminurie reste minime, l'hypertension artérielle modérée, et les œdèmes peu intenses, on peut se contenter d'une cure de repos et du régime, tout en recommandant de lutter contre la constipation afin de ne pas encombrer l'organisme de produits toxiques.

Mais dès que la symptomatologie s'aggrave, soit que l'un des signes d'éclampsisme s'amplifie ou qu'il y a association des trois, il y a lieu de mettre les femmes à la diète hydrique pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, puis on peut autoriser l'adjonction de un litre de lait pendant quelques jours avant de les mettre au régime lacto-végétarien sans sel (observation n° 9).

En même temps, pour lutter contre les œdèmes, favoriser la diurèse, on pratique des injections de sérum glucosé hypertonique intraveineux à 33 %. Pour faire baisser la tension artérielle, on peut utiliser l'acétylcholine à laquelle l'adjonction de papavérine

n'est pas inutile pour combattre les spasmes vasculaires (observation n° 10).

Nous avons même eu l'occasion d'utiliser la spasmagine associée au sérum glucosé hypertonique et au sulfate de magnésie, et nous pûmes constater un abaissement important de la tension artérielle chez l'une de nos malades (observation n° 11).

Pigeaud et Dumont [1] ont schématisé de façon précise le traitement prophylactique de l'éclampsie :

— Lorsqu'il s'agit d'un éclampsisme avec uniquement albuminurie, ils préconisent un régime hypochloruré avec des aliments riches en cellulose pour favoriser le transit intestinal; le lait en grande quantité sera donc proscrit, car il est astringent; la viande sera autorisée, mais en petite quantité. En même temps, ils donnent à la malade du sulfate de soude à petites doses, des extraits hépatiques et des antispasmodiques.

— S'il y a œdème, ils mettent leur malade au lit et instituent les premiers jours un régime déchloruré strict (eau lactosée, lait déchloruré), puis autorisent les purées de légumes et les fruits. Ils font administrer du sulfate de magnésie en plus du sulfate de soude et des antispasmodiques.

— Enfin, en face d'une hyperfension artérielle, c'est le régime lacté intégral qu'ils préconisent avec des laxatifs légers, des petites saignées répétées, des antispasmodiques et de l'acétylcholine, enfin, ils donnent chaque jour à leur malade des faibles doses de chloral pour calmer le système nerveux.

Ce groupe de thérapeutiques rejoint dans les grandes lignes celles que nous considérons comme classiques. Peut-être est-elle trop schématique et ne tient-elle pas assez compte de l'association assez fréquente des trois signes cliniques de l'éclampsisme!

Pigeaud et Dumont reconnaissent que leurs modalités thérapeutiques, comme du reste les modalités classiques ne donnent pas toujours toute satisfaction, on assiste souvent à la mort du fœtus *in utero* et quelquefois on voit même des crises convulsives survenir. Aussi envisagent-ils le traitement obstétrical de l'éclampsisme.

Selon eux, il y a urgence à évacuer l'utérus lorsque l'éclampsisme se complique de cécité ou d'éclampsie. Et même, ils n'hésitent pas, dans l'intérêt du fœtus, à interrompre la grossesse au cours du dernier mois, lorsque malgré un traitement médical bien conduit, l'éclampsisme s'aggrave; l'état de prématurité et de débilité du fœtus ne constituant pas un handicap pour son développement ultérieur.

1. Pigeaud et Dumont : *Les Nephropathies gravidiques*, Masson, 1946.

CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES EN FONCTION DES PATHOGÉNIES

Nous venons d'exposer les méthodes de traitement actuel, tant curatives que préventives, de l'éclampsie. Dans les observations que nous rapportons, nous n'avons pas eu à déplorer de décès maternel. Cependant, il n'est pas dans notre intention de nier qu'il en existe, malgré tout traitement bien conduit. D'autre part, si le pronostic maternel peut être considéré comme satisfaisant, il n'en est pas de même du pronostic fœtal.

Nous affirmons que toutes les thérapeutiques proposées actuellement sont insuffisantes. En effet, notre ignorance est grande de tout ce qui concerne la marche et l'évolution de cette affection de l'état gravidique.

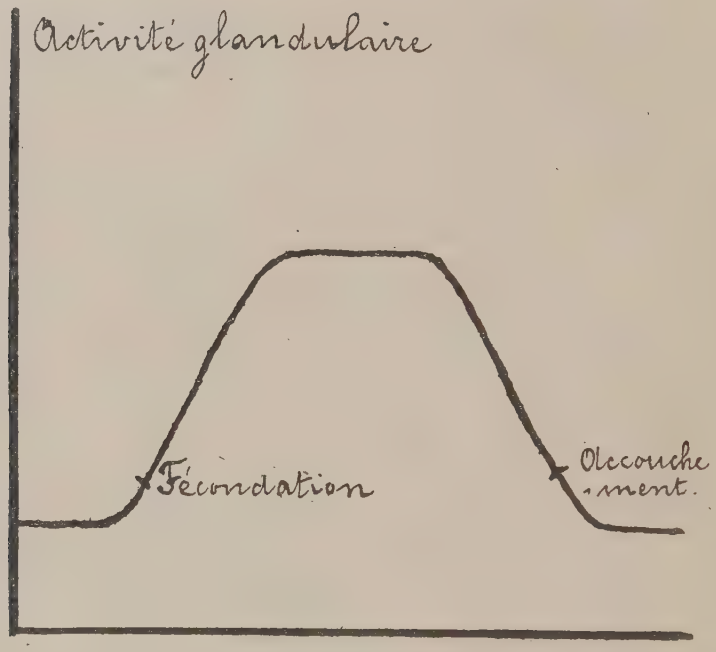
Certes nous connaissons des facteurs aggravants : le froid, non pas tellement le froid qui sévit de façon rigoureuse, mais les changements de température tels qu'on les observe aux saisons de transition. Les anciens accoucheurs considéraient même l'éclampsie comme une maladie épidémique du printemps et de l'automne.

Nous savons le rôle que jouent l'intoxication alimentaire et les écarts de régime (observation n° 3). L'absorption de produits, certes comestibles, mais dont l'état de conservation n'est pas parfait, favorise le développement rapide de la maladie.

Nous croyons que ce sont des facteurs aggravants qui agissent sur des échelons intermédiaires, et les régimes hypotoxiques, le repos et la chaleur se trouvent donc pleinement justifiés.

Mais quel est donc le point de départ de cette affection? Pigeaud a émis l'hypothèse suivante : la grossesse se divise en trois trimestres. Le premier que nous appellerons trimestre d'adaptation, au cours duquel l'état physiologique normal fait place progressivement à l'état physiologique gravidique, est caractérisé par une suractivité de toutes les glandes endocrines, cette suractivité est dotée du même coefficient pour chaque appareil, et c'est pour cela qu'il y a état physiologique. Le deuxième trimestre est un trimestre d'équilibre et de fonctionnement. Au cours du troisième trimestre, commence la désintégration de cet état gravidique, l'accouchement

n'en marque qu'une étape; le fœtus à ce moment ne peut plus être conservé par l'organisme maternel. L'achèvement de cette désintégration serait effective quelques semaines après l'accouchement. La grossesse peut donc être représentée par une courbe de ce genre.



Cette hypothèse est basée sur des données historiques et biologiques que nous ne pouvons qu'énumérer : dosage du prégnandiol urinaire et des hormones gonadotropes, examen histologique du placenta.

Chez les éclamptiques, il existerait une perturbation dans cette désintégration, perturbation endocrinienne ayant des répercussions sur l'appareil vasculaire par l'intermédiaire du système neuro-végétatif.

Si nous admettons cette hypothèse, nous pouvons seulement dire que l'origine de cette dysgravidie n'est que dans l'œuf et dans le corps jaune de grossesse, car s'il existait une déficience d'origine maternelle, nous verrions l'éclampsisme récidiver. Nous savons cependant que les myxœdémateuses sont sujettes à l'éclampsisme et que le traitement thyroïdien possède une action remarquable dans ce cas sur l'affection; mais il s'agit d'un déficit glandulaire antérieur à la gestation.

Ceci nous permet d'espérer peut-être un traitement endocrinien de l'éclampsisme, mais il nous faut connaître la sécrétion glandulaire perturbée.

Mais, bien que cette conception soit très séduisante, il paraît difficile de l'admettre sans réserve, car l'accouchement ne semble pas être simplement un épiphénomène; l'évacuation spontanée ou provoquée de l'utérus amène une amélioration spectaculaire.

Pigeaud considère donc l'éclampsisme comme une affection secondairement vasculaire dont les manifestations cliniques : albuminerie, œdème et hypertension, traduisent l'existence de spasmes, notamment au niveau du rein. Il cite à l'appui les expériences de Goldblatt, les biopsies rénales et musculaires pratiquées chez les éclamptiques où il y a une diminution de calibre des capillaires, enfin, certains signes cliniques qui ne sont pas négligeables : spasmes des vaisseaux rétiniens, paralysies localisées et passagères, aphasies passagères. La crise convulsive n'est que la traduction clinique de la localisation de l'un de ces spasmes sur un des vaisseaux du cortex.

Mais il est des auteurs qui n'admettent pas comme facteur déclenchant les convulsions, les spasmes vasculaires. Milliez, dans sa thèse inspirée par le Professeur Alajouanine et soutenue en 1943 à la Faculté de Paris, dit : « Le rôle de l'œdème cérébral est essentiel dans la genèse d'un certain nombre d'accidents encéphaliques et des accidents cérébraux de l'hypertension artérielle en particulier. Le rôle du spasme non seulement ne paraît pas démontré, mais encore semble bien peu probable, même comme élément déclenchant de l'œdème.

« Celui-ci est lié, au contraire, à la vaso-dilatation, surtout capillaro-veineuse, qui va donner des lésions anatomiques comparables à celles de n'importe quel viscère atteint de vaso-dilatation paralytique. »

Milliez ne nie donc pas l'existence de spasmes vasculaires, mais il considère comme secondaire un fait que Pigeaud considère comme primitif.

Etant donné l'incertitude dans laquelle nous nous trouvons, il ne paraît pas inutile d'associer les médications antispasmodiques et les sérums hypertoniques.

Un fait reste certain, l'éclampsie convulsive n'est que la manifestation de phénomènes vasculaires intimes que l'on peut déceler par les examens de fond d'œil. Cette certitude permet de rejoindre, de faire le trait d'union avec l'apoplexie utéro-placentaire, autre complication de l'éclampsisme. Nous pouvons peut-être, faute de mieux, fonder quelques espoirs sur les injections de novocaïne intra-veineuse. Cette médication arrivera peut-être à supplanter les

autres thérapeutiques : mentionnons à ce propos l'observation recueillie par Luton, Richard, Giraud et Ferrand [1] : il s'agit d'une malade ayant présenté une amaurose post-éclamptique; l'examen ophtalmoscopique a mis en évidence un énorme œdème papillaire et péri-papillaire : au cours même d'injections intra-veineuses de novocaïne à 1 %, la vision de la malade s'améliore, l'œdème fond, et on peut noter un pouls rétinien.

En terminant, nous ne pouvons que confesser la pauvreté actuelle de notre thérapeutique en face de l'éclampsie. Nous agissons sur des symptômes, nous ne pouvons rien contre la source de toute une gamme de signes cliniques allant de l'albuminurie la plus modeste jusqu'à l'accès explosif des convulsions.

1. *Action des injections intra-veineuses de novocaïne dans un cas d'amaurose d'origine éclamptique,* par Luton-Richard. Presse médicale du 28-12-1946, p. 885.

CONCLUSIONS

1° Le traitement médical actuel de l'éclampsie est purement symptomatique, car il ne vise que des effets secondaires et ne s'attaque pas à la cause initiale.

2° Le traitement obstétrico-chirurgical tel que nous l'avons envisagé, le plus logique actuellement, est le seul traitement étiologique possible, étant donné nos connaissances, car en délivrant la femme de l'œuf, il supprime avec celui-ci la cause première, mais il ne la traite pas.

3° Nous croyons que la connaissance du « primum movens » de l'éclampsie permettra de mettre en œuvre un traitement étiologique plus rationnel.

4° Cependant, le traitement prophylactique de l'éclampsie, bien qu'insuffisant, à lui seul, a permis de réduire le nombre des crises convulsives de façon appréciable et a amélioré ainsi le pronostic maternel. Son action sur le fœtus semble moins marquée.

5° Nous pensons que le traitement obstétrico-chirurgical n'exclut pas l'association des médiations symptomatiques.

VU :
Le Doyen :
L. BINET

VU :
Le Président :
P. LANTUEJOUL

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de
Recteur de l'Académie de Paris,
J. CABANNES

Observation n° 1. — *Clinique Tarnier n°* 2026. — *Année* 1946.

Mme H... IIpare de trente-trois ans. D. R. 20-24 février, entre le 9-9-1946, à 14 h. 45, à la clinique Tarnier, dans un état subcomateux.

L'examen montre un œdème généralisé. La T. A. 18/14. Le cœur est normal. Mais la malade n'a pas uriné depuis trente-six heures. L'examen obstétrical révèle une grossesse de six mois. Enfant vivant.

On pratique immédiatement une saignée de 400 cm³ qui fait baisser momentanément la T. A. à 15/9, une injection intra-veineuse de sérum glucose hypertonique de 20 cm³, une injection sous-cutanée de 10 centigrammes de gardénal sodique.

A 19 h. 30 : une nouvelle injection de sérum glucose hypertonique, une injection intra-veineuse lente de 5 cm³ de novocaïne à 1/200.

On recueille alors 200 cm³ d'urine contenant 9 grammes d'albumine au litre.

L'interrogatoire, qui est possible le 10, apprend que l'affection a débuté le 2 septembre 1946 par des œdèmes, une douleur épigastrique et malgré le régime lacté, des troubles de la vue sont apparus. Il n'y a pas eu de crises convulsives. On instaure alors la thérapeutique suivante :

Diète hydrique; 50 cm³ de sérum glucosé à 33 % en injection intra-veineuse; 10 centigrammes de gardénal sodique.

Le 14, l'amélioration se poursuit, les œdèmes ont fondu et les troubles oculaires ont régressé. Cependant, le volume des urines reste bas (500 cm³) et elles sont très albumineuses (7 à 9 grammes au litre). On adjoint un litre de lait à l'eau lactosée et on remplace l'injection de gardénal sodique par une injection « d'acécoline-papavérine ».

Le 16, on ne perçoit plus les bruits du cœur fœtal. L'état général de la malade devient satisfaisant, les troubles subjectifs ont disparu, la diurèse est de un litre, avec 1 gr. 50 d'albumine au litre, mais la T. A. est instable, variant entre 16 et 20 quant à la maxima.

Le 23, la femme urine deux litres d'urine par jour, plus d'albumine dosable, la T. A. est de 20/12 : on pratique une infiltration lombaire de 20 cm³ de novocaïne à 1/200 qui la fait baisser à 16/9, pendant quelques heures.

Le 4 octobre, on a la certitude que la grossesse s'est arrêtée d'évoluer et on tente de déclencher le travail.

Le 5 octobre, la femme expulse un fœtus mort et macéré de 880 grammes après un travail de trois heures et demie.

Observation n° 2. — *Clinique Tarnier n° 455. — Année 1946.*

Mme X... Ipare de vingt-cinq ans. D. R. 5-10 mai. Entre le 2 mars pour œdèmes des membres inférieurs.

Grossesse à terme.

Pas d'albumine avant son entrée à l'hôpital.

Deux jours avant son admission, elle avait présenté de la céphalée, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, de la dyspnée.

A l'examen, dyspnée, pas de prostration ni d'obnubilation, réponses correctes à l'interrogatoire.

Œdème blanc des membres inférieurs,

Poumons : base gauche râles sibillants; à droite : quelques râles sibillants et congestifs.

Cœur : rapide, pouls 110, T. A. 16/10.

Appareil digestif : vomissements, sensation de brûlure, pas de barre épigastrique.

Appareil urinaire : albumine 6 grammes par litre, diurèse 500 cm³.

Système nerveux : mouches volantes, bourdonnements d'oreille, hyper-réflectivité tendineuse, pupilles réflectivité normale.

Examen obstétrical : grossesse à terme. HU : 44 cm tête en bas, mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à droite. Excès de liquide, bruits du cœur perçus. TV : col effacé, dilatation un franc. Végétations vulvo-vaginales, col granuleux.

Traitement : sérum glucosé hypertonique 120 cm³ en douze heures. 1 centigramme de morphine, sirop de chloral, paparine 4 centigrammes, eau lactosée, lait.

Le 5 mars, le travail qui semblait s'être arrêté depuis l'entrée à l'hôpital de la femme, reprend à 14 h. 45. Au cours du travail, la tension monte progressivement, malgré le sérum glucosé et la morphine.

A 20 h. 15, la T. A. est à 21/15, la malade se plaint de bourdonnements d'oreille et est prise d'une amaurose subite.

Sous anesthésie au chloroforme, immédiate, on pratique, après incision du col, un forceps au détroit supérieur qui permet d'extraire un enfant vivant pesant 4.120 grammes.

Mais la femme présente une hémorragie grave de la délivrance, la T. A. baisse brusquement à 21 h. 30 : dans la nuit, on doit lui faire 1.500 cm³ de sérum glucosé isotonique intra-veineux et 15 milligrammes de syncortyl.

Cependant, dans les suites de couches, son état s'améliore rapidement.

Observation n° 3 — *Clinique Tarnier n°* 1508. — *Année* 1946.

Mme P... IIIpare de vingt-cinq ans. D. R. 24 novembre. Entre dans le service le 2 juillet 1946 en observation.

Examen : Grossesse de sept mois. Enfant vivant. Albumine 7 grammes. Diurèse satisfaisante. T. A. 17/12. Œdème des membres inférieurs.

Eau lactosée pendant vingt-quatre heures, puis régime lacto-végétarien. Injection intra-musculaire « acécoline papavérine ». Injection intra-veineuse de sérum glucosé à 33 %, 20 cm³.

Le 8 juillet, après un travail de trente heures environ, elle expulse spontanément un enfant vivant de 2.280 grammes. Au cours de l'accouchement, elle reçoit une injection intra-veineuse de 40 cm³ de sérum glucosé à 33 %.

Le 9 juillet, elle présente trois crises d'éclampsie typiques et au cours de la journée, elle reçoit 120 cm³ de sérum glucosé à 33 % intra-veineux et deux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. Sa tension reste autour de 23,5/18. Elle émet environ un litre d'urine contenant 5 grammes d'albumine au litre. Diète hydrique.

Le 10, il se produit une crise urinaire : trois litres d'urine sont recueillis contenant 3 grammes d'albumine au litre; la tension artérielle est de 14/11.

Le 11 juillet, l'amélioration se poursuivant, on supprime les injections de morphine, on peut donner à la malade un litre de lait en plus de l'eau lactosée.

Le 13 juillet, arrêt du sérum glucosé intra-veineux; on autorise le régime suivant : purée sans sel, confiture et un litre de lait.

La tension reste à peu près constante (13,5/10), la diurèse est satisfaisante, l'albuminurie baisse à 2 grammes.

Le 18, à la suite d'un écart de régime, la malade fait une nouvelle crise, mais avortée.

A ce moment la T. A. est à 13,5/11.

On pratique une injection intra-veineuse de 20 cm³ de sérum glucosé à 33 %, une injection sous-cutanée de morphine, une injection intra-musculaire « d'acécoline papavérine ». La malade reste dans un subcoma et l'examen neurologique met en évidence une hémiplégie droite. Elle est à nouveau mise à la diète hydrique, puis lactée, et elle reçoit matin et soir une injection « d'acécoline papavérine ». Les jours suivants, la T. A. baisse et se fixe à 12/8 : l'albumine diminue et finit par disparaître. Il ne reste plus que les signes neurologiques, qui seront très longs à rétrocéder.

Observation n° 4. — *Maternité de l'hôpital de Créteil n°* 1213. — *Année* 1946.

Mme J... IIpare de quarante et un ans. D. R. 27-29 mars. Entre dans le service le 23 décembre 1946. Elle est en travail. Elle est enceinte de huit mois et demi. Son enfant est vivant, mais l'attention est portée sur un œdème des membres inférieurs assez considérable. La T. A. est à 21/12, les urines albumineuses (1 gr. 50 au litre). On pratique toutes les heures 40 cm³ de sérum glucosé à 33 %.

A 5 h. 25 apparaissent brutalement une céphalée intense, quelques troubles oculaires, pas de bourdonnements d'oreilles. On injecte 1 centigramme de morphine sous-cutanée, on donne un lavement au chloral (4 grammes) et on fait encore une injection de sérum glucosé hypertonique intra-veineux (40 cm³).

A 6 h. 30, la T. A. est à 15/9, la céphalée a disparu ainsi que les troubles visuels. Puis la T. A. remonte, et à 11 h. 55, on pratique une application de forceps qui permet l'extraction d'un enfant vivant.

En huit jours, après mise au régime lacto-végétarien, sans sel, la T. A. est redevenue normale et les urines ne contiennent plus d'albumine.

Observation n° 5. — *Maternité de l'hôpital de Créteil* n° 65. — *Année* 1947.

Mme H... Ipare de vingt-deux ans. D. R. 30 avril 1946. Entre dans le service le 14 janvier 1947 à 22 heures, après avoir présenté deux crises d'éclampsie dans la journée : l'une à 18 heures, l'autre à 19 heures. Elle est dans le coma. Enceinte de huit mois et demi. Son enfant est vivant. La T. A. est à 16/12; les urines sont fortement albumineuses : 30 grammes au litre. Il existe des œdèmes très importants des membres inférieurs. On lui injecte immédiatement 20 grammes de morphine et 20 cm³ de sulfate de magnésie à 20 %; on lui soustrait 100 cm³ de sang. Son état s'améliore. Elle sort du coma, la T. A. baisse à 13/9. Néanmoins, le lendemain, on décide de lui faire une césarienne étant donné que : l'enfant est vivant — la femme près du terme.

Les suites de couches sont normales.

Le 25 janvier 1947, on ne trouve plus que des traces d'albumine et la T. A. est à 12/8.

Observation n° 6. — *Maternité de l'hôpital de Créteil n°* 509. — *Année* 1946.

Mme M... Ipare de vingt-quatre ans. D. R. 4-7 octobre. Entre dans le service pour accoucher le 5 juin 1946.

L'examen obstétrical à son entrée révèle une grossesse gemellaire, le col est dilaté comme un franc : la T. A. à 15/18. Les urines contiennent 7 grammes d'albumine au litre. Il existe de gros œdèmes des membres inférieurs qui infiltrent également la paroi abdominale. La malade est agitée, se plaint de céphalée. On prescrit un lavement au chloral (4 grammes), une spasmalgine.

A 18 h. 30, on pratique une application de forceps Tarnier sur le premier fœtus qui est vivant.

A 19 h. 10, expulsion du deuxième fœtus vivant.

A 21 h. 30, la T. A. est 20/13. La malade reçoit alors 1 centigramme de morphine sous-cutanée, 1 ergotine, 20 cm³ de sérum hypertonique glucosé intra-veineux.

A 23 heures, T. A. 18/11.

Le 6 juin, diète hydrique, l'état de la femme se maintient.

Le 7 juin, à 3 h. 15, une crise d'éclampsie. Une morphine, une cuillerée à soupe de sirop de chloral, toutes les trois heures.

A 8 h. 10, une nouvelle crise d'éclampsie.

Diète hydrique pendant vingt-quatre heures, puis lait.

L'état de la femme s'améliore rapidement. Elle est mise au régime lacto-végétarien, sans sel.

Observation n° 7. — *Maternité de l'hôpital de Créteil n°* 1.174. — *Année* 1946.

Mme C... IIIpare de vingt-deux ans. D. R. Entre dans le service à 15 heures le 13 décembre 1946 au décours de sa troisième crise d'éclampsie. Les deux premières se sont produites le même jour à 10 h. 30 et 12 h. 30. Enceinte de près de huit mois, elle n'est pas en travail. L'enfant est vivant. Sa T. A. est de 26/14. Il existe des œdèmes importants des membres inférieurs et de la région sus-pubienne.

On décide de lui faire immédiatement une césarienne, après lui avoir injecté 40 cm³ de sérum glucosé hypertonique intra-veineux.

Après la césarienne qui permet d'extraire un enfant vivant de 2.640 grammes, on lui injecte 1 centigramme de morphine et on renouvelle l'injection de sérum glucosé intra-veineux.

Le 14 décembre, sa T. A. reste élevée 18/12, et elle fait une nouvelle crise d'éclampsie. On lui injecte 2 centigrammes de morphine et 40 cm³ de sérum glucosé hypertonique dans la matinée. Le soir, on renouvelle les injections de morphine et de sérum glucosé hypertonique. L'amélioration qui se dessine dans la soirée, se poursuit le 15 décembre et les jours suivants.

Le 24 décembre, l'albumine disparaît dans les urines et la T. A. s'abaisse à 13/9.

Observation n° 8. — *Clinique Tarnier n°* 1.067. — *Année* 1947.

Mme R... Ipare de ving-sept ans. D. R. 4 août 1945. Entre dans le service le 14 mai 1946. Grossesse à terme. La femme après un travail de onze heures accouche spontanément d'un enfant vivant.

Au terme de sept mois et demi, on avait constaté la présence d'une albuminurie légère, sans élévation de la T. A., sans œdème. Grâce au régime lacto-végétarien, cette albuminurie resta isolée et peu importante, elle disparut quelques jours après l'accouchement.

Observation n° 9. — *Clinique Tarnier n°* 1085. — *Année* 1946.

Mme D... Ipare de vingt-cinq ans. D. R. 15 août 1945. Entre en observation dans le service le 14 mai 1946. Le 5 avril, le médecin traitant a constaté l'apparition d'œdème des chevilles et des mains et d'une albuminurie à 0 gr. 65.

En présence de ces symptômes, elle fut mise au régime lacto-végétarien déchloruré.

Les œdèmes disparurent, l'albuminurie tombait à 0 gr. 36, mais quelques troubles fonctionnels persistèrent : céphalée, mouches volantes, pesanteur gastrique.

L'examen pratiqué à son entrée montre qu'il s'agit d'une grossesse près du terme. Les bruits du cœur sont perçus. Pas d'œdème malléolaire. T. A. 14/8. Albumine au tube d'Esbach : 1 gr. 80.

Traitement : repos, eau lactosée, lait.

Le 16, après un travail normal, elle expulse une fille vivante pesant 3.470 grammes. A noter qu'il n'y a eu aucune élévation de la T. A. au cours du travail, elle a varié entre 14/8 et 12/9.

Suite de couches subfébriles dues à une endométrite. Quant aux symptômes de néphropathie gravidique, ils disparaissent progressivement.

Observation n° 10. — *Clinique Tarnier n°* 983. — *Année* 1946.

Mme B... Ipare de trente-deux ans. D. R. 25-28 août 1945. Entre dans le service le 12 avril 1946 pour albuminurie à 11 grammes. Hypertension à 19/13, œdème des membres inférieurs.

Au terme de six mois, on a constaté la présence d'albumine dans les urines, et malgré la mise au régime lacté, puis lacto-végétarien, l'affection a continué d'évoluer et c'est pour cela que le médecin traitant envoie la malade.

L'examen local montre qu'il s'agit d'une grossesse de sept mois,

le fœtus se présente par le siége, les bruits du cœur sont perçus et le col est fermé.

Traitement : Régime hydrique (deux litres d'eau lactosée par jour) pendant quarante-huit heures, puis régime lacté absolu, injection à 33 % 100 cm³, injection intra-musculaire de « Acécoline papavérine ».

Le 16, la diurèse reste aux environs de 0,500, l'albuminurie est tombée à 6 grammes, la T. A. est à 16/11, les bruits du cœur fœtal existent.

Cet état se maintient jusqu'au 28 avril, date à laquelle les bruits du cœur ne sont plus perçus. Toutefois, la diurèse s'est améliorée depuis le 23 et, en même temps, l'albumine est tombée aux environs de 1 gr. 50.

Le 4 juin, la malade expulse spontanément, après un travail rapide, un fœtus mort et macéré de 1.080 grammes.

Les suites de couches sont normales et on assiste alors à la rétrocession de toute la symptomatologie.

Observation n° 11. — *Maternité de l'hôpital de Créteil. — Année* 1947.

Mme L. IIpare de quarante et un ans. Entre dans le service le 22 mars pour néphropathie gravidique. En effet, sa T. A. est à 20/10; ses urines contiennent 2 gr. 50 d'albumine; ses jambes sont infiltrées d'œdèmes.

L'examen obstétrical montre une grossesse de huit mois, enfant vivant.

On institue alors le traitement suivant : repos absolu au lit; diète hydrique pendant vingt-quatre heures; puis régime lacto-végétarien, sans sel, auquel on ajoute cependant deux fois par semaine une viande grillée; tous les matins une injection sous-cutanée de spasmalgine; une intra-musculaire de 10 cm³ de sulfate de magnésie à 20 %; tous les soirs, une injection intra-veineuse de 40 cm³ de sérum glucosé à 40 %.

Progressivement, on assiste à la chute de la T. A. qui s'établit à 15/9, les œdèmes fondent, l'albuminurie passe de 2 g. 80 à 0 g. 79.

Le 1er avril 1947, la malade entre en douleurs et après un travail de trois heures environ, expulse un enfant vivant de 2.600 grammes.

Au cours du travail, malgré une injection de sulfate de magnésie, la T. A. remonte à 24/14.

Dans les suites de couches, on assiste à la régression rapide de toute la symptomatologie.

BIBLIOGRAPHIE

Bazin. — *Contribution au traitement de l'éclampsie puerpérale par l'association morphine-sulfate de magnésie.* — Thèse Paris 1944, n° 104.

Bidoire. — *Encyclopédie médico-chirurgicale : Obstétrique.* Tome I, *l'éclampsie.*

Boennec (G.). — *Pathogénie et traitement de l'éclampsie. Emploi du sérum glucosé hypertonique intra-veineux.* — Thèse Paris 1938.

Brindeau. — *La pratique de l'art des accouchements.* Tome II. *Pathologie de la grossesse. Toxémie gravidique,* par Brindeau, Metger, Vaudescal.

Browkin (D. P.). — *Le traitement de l'éclampsie par le sulfate de magnésium : Gyn. et Obst.,* Août 1936, n° 2.

Christitch (S. T.). — *Application du sulfate de magnésie au traitement des états éclamptiques et prééclamptiques. Bull. soc. gyn. et obst.* Avril 1938, t. XXVII, n° 4.

Gagnon (F.). — *Eclampsie et évacuation utérine. Bull. soc. méd. de l'Hôp. universitaire de Québec.*

Gelle et Carre. — *Traitement de l'éclampsie par le rectanol. Gyn. et Obs.* Oct. 1937, t. XXXVI, n° 4.

Gelle. — *A propos d'un cas d'éclampsie. Bull. soc. Obs. et Gyn.* Nov. 1936, n° 9.

Gouillieux (M.). — *Eclampsie et état prééclamptique. Deux traitements par le venin de cobra.* — Thèse Paris 1938, n° 352.

Laffont et Schebat. — *Quelques observations d'éclampsie traitées par le sérum glucosé hypertonique intra-veineux. Bull. soc. Gyn. et Obst.* Oct. 1938, t. XXVII, n° 8.

Luton, Rouher, Giraud et Ferrand. — *Action des injections intraveineuses de novocaïne dans un cas d'amaurose d'origine éclamptique. Presse médicale* du 28-12-46, p. 885.

Margot. — *Contribution à l'étude du traitement de l'éclampsie par le sulfate de magnésie.* — Thèse de Lyon 1938-1939, n° 14.

Milliez (P.). — *Accidents cérébraux des hypertendus et œdème méningo-encéphalique.* — Thèse Paris 1943.

Pigeaud et Dumond. — *Les néphropathies gravidiques.* Masson, 1946.

Stroganoff (B.). — *Traitement de l'éclampsie. Technique actuelle du traitement prophylactique.* — Paris, Masson, 1935.

Suzor. — *Réflexions sur l'opération césarienne dans l'éclampsie.* — Hôpital, déc. 1933 (B.), t. XXI.

Suzor. — *Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier. Année* 1938. *Considérations sur la pathogénie et le traitement de l'éclampsie convulsive.*

Tarnier et Budin. — *Traité des accouchements.* Tome II de *l'albuminurie gravidique.* Tome III de *l'éclampsie.*

Van der Hoeven. — *Le traitement de la toxémie ou infection gravide par l'hormone du corps jaune. Gyn. et Obst.* Sept. 1938, t. XXXVIII, n° 3.

Vaudescal. — *Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier. Année* 1935. *Traitement obstétrical de l'éclampsie.*

Zajfsztajn (Ch.). — *Césarienne abdominale dans l'éclampsie.* — Thèse Paris 1939, n° 122.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 15

Historique 17

Traitement curatif 21

1) Les moyens médicaux 21

2) Les interventions 23

Traitement de l'éclampsisme ou traitement prophylactique de l'éclampsie 25

Conclusions thérapeutiques en fonction des pathogénies 27

Conclusions 31

Observations 32

Bibliographie 39

Imprimé en France

TYPOGRAPHIE FIRMIN-DIDOT ET Cie. — MESNIL (EURE). — 5732.

Dépôt légal : 4e trimestre 1947.

Imprimé en France
TYP. FIRMIN-DIDOT & Cie
MESNIL – 1947